



FORMULAIRE À JOINDRE À L'ORDONNANCE CF

Veuillez envoyer le formulaire rempli ainsi que l'ordonnance à :

Apotheke zum Rebstock AG
Grundstrasse 4
8712 Stäfa

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	Langue	<input type="checkbox"/> allemand	<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> italien	<input type="checkbox"/> anglais
Nom			Prénom			
À l'attention de					<input type="checkbox"/> parent/tuteur légal	
Rue						
Case postale / Lieu						
Date de naissance			Téléfax			
Téléphone privé						
Téléphone portable						
Téléphone bureau						
E-Mail						

Adresse de Livraison (si différente du domicile)					<input type="checkbox"/> livraison unique	<input type="checkbox"/> livraison habituelle
Nom			Prénom			
À l'attention de						
Rue						
Case postale / Lieu						

<input type="checkbox"/> La livraison peut être remise à des personnes du même foyer.
<input type="checkbox"/> La livraison ne peut être remise qu'en main propre contre signature.
<input type="checkbox"/> Je suis d'accord que mes commandes vont être communiquées à la CFCH.

Tournez la feuille svp

Caisse maladie

Assurance de base

Numéro d'assuré / Numéro carte

Assurance-invalidité

Numéro AVS

Assurance complémentaire

Numéro d'assuré / Numéro carte

Taille cm

Poids kg

Etes-vous enceinte ou envisages-vous une grossesse ? oui non

Si oui, date prévue de l'accouchement Allaitiez-vous ? oui non

Souffrez-vous de l'un des troubles suivants ?

Tension artérielle élevée

Troubles cardiaques

Asthme / Maladies des voies respiratoires

Affections de l'estomac / de l'intestin

Diabète

Néphrite / Traitement de dialyse rénale

Maladies du foie / de la vésicule biliaire

Maladies musculaires

Maladies de la Thyroïde

Pression intraoculaire élevée

Autres

Savez-vous comment prendre / utiliser vos médicaments ? oui non

Quels autres médicaments prenez-vous par ailleurs (à part ceux figurant sur votre ordonnance) ?

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies ?

Aspirine / Acide acétylsalicylique

Sulfonamide

Pénicilline

Autres

Important : En utilisant les services de notre pharmacie de vente par correspondance, Vous acceptez que votre adresse de livraison et éventuellement votre numéro portable sont donnés au porteur.

Date

Signature